

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNEE 1955

N°
858

THESE

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

FREUDENREICH Gérard, Louis, Francis

né le 7 juin 1927 à ST SEBASTIEN/S/LOIRE (Loire-Inf.)

Présentée et soutenue publiquement le

TITRE

LES EPIPLOITES PERIGASTRIQUES

(pseudo-ulcères et pseudo-cancers de l'estomac par épiploïtes)

Président :

M. L. JUSTIN BESANCON, Professeur

20

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

(101-101)

10

10

10

10

10

10

10

(101-101)

10

10

10

10

10

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : FREUDENREICH

Prénoms : Gérard, Louis, Francis

Date de la soutenance :

N° d'ordre :

1.

FREUDENREICH, Gérard
Les Epiploïtes péri-
gastriques (pseudo-
ulcères et pseudo-can-
cers de l'estomac par
épiploïtes)
Paris Dact. in 4°
Thèse Méd. Etat
Paris 1955
N°
Ed. AGEMP 1955

2.

FREUDENREICH, Gérard
Les Epiploïtes péri-
gastriques (pseudo-
ulcères et pseudo-can-
cers de l'estomac par
épiploïtes)
Paris Dact. in 4°
Thèse Méd. Etat
Paris 1955
N°
Ed. AGEMP 1955

3.

FREUDENREICH, Gérard
Les Epiploïtes péri-
gastriques (pseudo-
ulcères et pseudo-can-
cers de l'estomac par
épiploïtes)
Paris Dact. in 4°
Thèse Méd. Etat
Paris 1955
N°
Ed. AGEMP 1955

4.

FREUDENREICH, Gérard
Les Epiploïtes péri-
gastriques (pseudo-
ulcères et pseudo-can-
cers de l'estomac par
épiploïtes)
Paris Dact. in 4°
Thèse Méd. Etat
Paris 1955
N°
Ed. AGEMP 1955

F A C U L T E D E M E D E C I N E D E P A R I S

ANNEE 1955

N°

T H E S E

Pour le

D O C T O R A T E N M E D E C I N E

(Diplôme d'Etat)

par

FREUDENREICH Gérard, Louis, Francis

né le 7 juin 1927 à ST SEBASTIEN/S/LOIRE (Loire-Inf.)

Présentée et soutenue publiquement le

TITRE

L E S E P I P L O I T E S P E R I G A S T R I Q U E S

(pseudo-ulcères et pseudo-cancers de l'estomac par épiploïtes)

Président :

M. L. JUSTIN BESANCON, Professeur

DOYEN HONORAIRE :

M. BAUDOUIN

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BAUDOUIN, BRINDEAU, CADENAT, CARNOT, CHABROL, CHEVASSU, CHIRAY, CLERC, DELEET, COUGEROT (H.), GUILLAIN, HARVIER, LAUBRY, LEMAITRE, LEMIERRE, LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT, MULON, OLIVIER (E.), OMBREDANNE, SANNIE, SEELARY, TANON.

DOYEN..... Léon BINET.
(membre de l'Institut)

ASSESEUR..... Jean VERNE.

I -- PROFESSEURS

MM.

Anatomie.....	CORDIER (G.)
Anatomie Pathologique.....	DELARUE (A.)
Bactériologie.....	GASTINEL (P.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux sports	CHAILLET-BERT (P.)
Biologie Médicale.....	VERNE (J.)
Cancérologie médicale et sociale.....	HUGUENIN (R.)
Carcinologie.....	OEBERLING (C.)
Chimie médicale.....	N....
	(Hôtel-Dieu..... BROCCQ (P.)
Cliniques	(Broussais....., DE GAUDART-D'ALLAINES (P.)
Chirurgicales	(Salpêtrière..... MONDOR (P.)
	(Cochin..... QUENU (J.)
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique ...	MERLE D'AUBIGNE (R)
Clinique de cardiologie	DONZELOT (E)
Clinique de Chirurgie infantile et d'orthopédie	FEVRE (M)
Clinique de Chirurgie pleuro-pulmonaire	MONOD (R)
Clinique de la tuberculose	LENNARD (E)
Clinique de neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D)
Clinique de Puériculture	LELONG (M)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEGOS (R)
Clinique des maladies du sang	CHEVALLIER (P)
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE (T)
Clinique des maladies des enfants	DEBRE (R)
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (P)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY (J)
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO (P)
	(Hôtel-Dieu
Cliniques	(Bichat
médicales	(Cochin
	(Broussais
Clinique médicale d'Hydro-climatologie thérapeutique	JUSTIN-BESANCON (L)
Clinique médicale propédeutique.....	PASTEUR VALLERY-RADOT (L)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition	BOULIN (L)

	{ Tarnier	LANTUEJOUL (P)
Cliniques	{ Baudelocque	LEVY-SOLAL (E)
obstétricales	{ Port-Royal	LACOMME (M)
Clinique ophtalmologique		VELTER (E)
Clinique oto-rhino-laryngologique		AUBIN (A)
Clinique physio-pathologique des problèmes alimentaires (chaire à titre personnel)		RICHET (C)
Clinique psychiatrique infantile		HEUYER (C)
Clinique rhumatologique et sociale		COSTE (F)
Clinique stomatologique		DECHAUME (M)
Clinique thérapeutique chirurgicale		SENEQUE (J)
Clinique thérapeutique médicale		LEMAIRE (A)
Clinique urologique		PEY (B)
Embryologie		CIROUD (A)
Génétique		LAMY (M)
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie		MOUQUIN (M)
Histologie		CHAMPY (C)
Hygiène et Clinique de première enfance		CATHALA (J)
Hygiène et médecine préventive		JOANNON (C)
Médecine du Travail		DESOILLE (H)
Médecine Légale		PIEDELIEVRE (R)
Parasitologie et histoire naturelle médicale		GAILLARD (H)
Pathologie chirurgicale		MENEGAUX (G)
Pathologie exotique		LAVIER (G)
Pathologie expérimentale et comparée		LENEGRE (J)
Pathologie humorale et immunologique expérimentale (Chaire à titre personnel)		MERKLEN (F.P.)
Pathologie médicale		BARIETY (M)
Pathologie et thérapeutique générales		GARCIN (J)
Pédiatrie sociale		MARIE (J)
Pharmacologie et matière médicale		HAZARD (R)
Physico-Chimie médicale (Chaire à titre personnel) ..		DOGNON (A)
Physiologie		BINET (L)
Physique médicale		STROHL (A)
Radiologie médicale		DESGREZ (H)
Technique chirurgicale		MAULONGUET (P)
Thérapeutique		TURPIN (R)

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

Anatomie	(DEBEYRE (J)
	(DELMAS (A) Pr.s.ch.
Anatomie Pathologique	(N...
	(GAUTHIER-VILLARS
	(Mlle P. Pr.s.ch.
	(BUSSE (F)
	(GOUYGOU (C)
Bactériologie	(FASQUELLE (R)
	(NEVOT (A)
Bicologie Médicale	BOURLIERE (F)
Chimie Médicale	(ETTORI (J) Pr.s.ch.
	(JAYLE (M.F.) Pr.s.c
	(SCHAPIRA (G)
Dermato-Syphiligraphie	DUPERRAT (F)

Histologie	(BULLIARD (H) Pr. s. ch. (COUJARD (R) (H ...
Hydrologie	DEBRAY (C)
Hygiène	(BOYER (J) (DEPARIS (M)
Médecine Légale et du Travail	(DEROBERT (L) (GAULTIER (M) (HADIENGUE (A)
Neuro-Chirurgie	DAVID (M)
Neurologie	SEIZE (S. de)
Obstétrique	(CRASSET (J) (LEPAGE (F) (MAYER (M) (MERGER (R) (MORIN (P) (RAVINA (J) (VARANGOT (J)
Ophtalmologie	(OFFRET (G) (DESVIGNES (P)
Orthopédie	JUDET (R)
Oto-Rhino-Laryngologie	(HALPHEN (B) Pr. s. ch. (AUBRY (M) (MADURO (R) (BRUMPT (L) (CHABAUD (A)
Parasitologie	(ABOULKER (P) (BAUMANN (J) (GOSSET (J) (HUGUIER (J) (LAURENCE (G) (LEGER (L) (LORTAT-JACOB (J) (OLIVIER (Cl) (PABOVANI (P) (PCILLEUX (M) (ROUX (M) (RUDLER (J.C.) (VERNE (J.M.)
Pathologie chirurgicale	N...
Pathologie médicale	BERNARD J. (BOUDIN (G) (CASTAIGNE (P) (COMTE (M) (DECCOURT (J) (DOMART (A) (DREYFUS (Gilbert) (FAUVERT (R) (HAMBURGER (J) (KOURILSKY (R) (LAMOTTE (M) (LAROCHÉ (C) (MILLIEZ (P) (PEQUIGNOT (H) (PIERRAULT (M) (RAMBERT (P) (THIEFFRY (St) (TURIAT (J)

Pédiatrie	{ JOSEPH (R) LAPLANE (R) N...
Pharmacologie	{ LEVY (Mlle J.) Pr.s.ch. CHEYMOL (J.H.) Pr.s.ch.
Physiologie	{ BARGETON (D) Pr.s.ch. PARROT (J.L.)
Physique Médicale	{ DJOURNO (A) Pr.s.ch. GOUGEROT (L)
Pncumo-Phtisiologie	KREIS (B)
Psychiatrie	BARUK (H)
Psychiatrie infantile	MICHAUX (L)
Stomatologie	{ CERNEA (P) CHAPUT (Mme A)
Thérapeutique	PERRAULT (chargé de l'enseignement)
Urologie	KUSS (R)

III - PROFESSEURS HONORAIRES
ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE
pour le Service des Examens.

MM. BRINDEAU (A) (Obstétrique), GATELLIER (J) (Clinique Chirurgicale),
LE LORIER V (Obstétrique), VAUDESCAL (R) (Obstétrique).

IV - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES
CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent.

MM.	
Clinique Chirurgicale	AMELINE (A) PATEL (J) SICARD (A)
Clinique Médicale	BROUET (G) CACHERA (R) HAGUENEAU (M) Pr.s.ch. MARCHAL (G) SOULIE (E)
Clinique Obstétricale	ECALLE (G)
Clinique Ophtalmologique	RENARD (G)
Clinique Urologique	COMVELAIRE (R)

MM.	
Secrétaire Général de la Faculté	MOREL (J)
Secrétaire	Mlle CHAINTEUIL (G)

Conservateur, chargé de la direction	Docteur HAHN (A)
Conservateur	Mlle GOICHON
Bibliothécaires	Milles DUMAITRE (P), LE NOIR (G), METIN (F), QUIEVREUX (E).

Par délibération en date du 9 Déc. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A Monsieur le Professeur L. JUSTIN BESANCON

qui a bien voulu me faire le grand
honneur de présider à la soutenance
de cette thèse.

A Monsieur le Docteur F. PERGOLA

qui m'a tant conseillé dans

la rédaction de ce travail

A Monsieur le Professeur Ch. DEBRAY

qui m'a confié le sujet de cette
thèse et qui m'a si patiemment
guidé pendant sa réalisation.

A ma femme

A mes parents et beaux-parents

A ma famille

A mes amis

GENERALITES

Le grand et le petit épiploon jouent un rôle important dans la pathologie abdominale. Il serait d'ailleurs étonnant que cette importante nappe cellulo-ganglio-graisseuse, considérée par RANVIER comme un "ganglion lymphatique étalé", n'ait pas une pathologie propre. Personne certes ne doute que le rôle des périviscérités et de l'épiploïte n'ait été exagéré dans beaucoup de travaux anciens au début surtout de l'ère radiologique.

Actuellement grâce au progrès de la technique radiologique combiné à l'action d'agents pharmacodynamiques modificateurs du comportement, à l'endoscopie et à la biopsie, on a beaucoup réduit le rôle de la périviscérite au bénéfice de altérations organiques de la muqueuse, du spasme, ou de l'œdème.

Il est pourtant des cas où l'épiploïte peut être à l'origine de fausses images d'ulcères ou de cancers ; quatre cas observés en l'espace de deux ans dans le Service du Professeur Agrégé Ch. DEBRAY, à la Consultation de Médecine de l'Hôpital Bichat et où l'intervention chirurgicale fut décidée tellement l'aspect radiologique était trompeur, nous ont convaincu que cette étiologie ne devait pas être exceptionnelle. Dans le quatrième cas l'épiploïte avait donné une image pseudo-ulcéreuse de niche en un point très à distance de l'ulcère gastrique véritable, radiologiquement muet et cause de l'épiploïte rétractile.

Nous verrons s'il est possible grâce à ces quatre observations rapprochées de deux autres de la littérature, de broser un tableau clinique, radiologique et anatomique de l'épiploïte.

Nous essaierons aussi de préciser le mécanisme de production de certaines épiploïtes graisseuses et inflammatoires et leur traitement.

LES OBSERVATIONS

OBS. N° I - Mr. V. ETIENNE 65 ans

Le malade présente, depuis trois ans environ, des douleurs épigastriques à type de torsion. Elles sont post prandiales précoces : une demi-heure après les repas et s'accompagnent de nausées ou parfois même de vomissements. Les douleurs vont en s'accroissant et ne sont calmées que par le décubitus. Il existe en outre de l'inappétence et les repas doivent être ingérés très lentement en une heure ou plus. L'état général est pourtant bien conservé.

L'examen montre un abdomen normal sans masse perceptible.

La radiographie (3.9.53) montre que les deux tiers inférieurs de l'estomac sont rigides, indilatables. Seules la partie supérieure du corps et la grosse tubérosité paraissent respectées. L'aspect est identique sur tous les clichés. Le pylore est incontinent. Il existe un mégaduodénum très net. Sur un cliché il semble exister un reflux gastro-oesophagien.

L'aspect est celui d'une linite presque sûrement néoplasique (B.W. SANGUIN NEGATIF).

Avant de confier le malade au chirurgien, on décide de refaire de nouveaux clichés avec modificateurs du comportement (bromure de méthanthéline).

Ces nouveaux clichés (9/9/53) confirment la raideur et l'inextensibilité des parois de l'estomac. Cependant les lésions paraissent plus limitées vers le bas : la moitié supérieure de l'estomac se laisse en effet distendre. Le cardia est béant. On note, l'existence, en position couchée, d'une hernie hiatale avec un très net reflux gastro-oesophagien. L'oesophage est allongé, tortueux comme dans les hernies par glissement. Sa visualisation est bien meilleure que sur les clichés sans banthine.

La gastroscopie: l'anesthésie est difficile, le malade ayant des quintes de toux et des spasmes laryngés. La sonde à biopsie et le gastroscope passent facilement au niveau du cardia. L'estomac a une forme complètement modifiée: il a l'aspect d'un canal tubulaire à lumière irrégulière dont on ne voit pas la partie inférieure. Cet aspect est tout à

fait superposable au rétrécissement radiologique du corps de l'estomac. La lumière est irrégulière mais la muqueuse ne paraît pas très modifiée : elle est un peu rouge mais non ulcérée, non saignante. Le rétrécissement cède brusquement vers le haut. Il y a là un gros pli presque circulaire, surtout marqué sur la face postérieure qui paraît faire la limite entre la zone infiltrée de la paroi gastrique et la zone moins atteinte. Dans la partie haute de l'estomac correspondant à la grosse tubérosité, la muqueuse est irrégulière, avec des zones blanches, de véritables aires presque nacrées, petites, juxtaposées, très différente de celles de la maladie de BIERMER, aires séparées par des zones où la muqueuse est irrégulière mais non ulcérée. On note sur la grande courbure un saignement assez important qui paraît traumatique et ne semble pas provenir d'une ulcération. Le passage du cardia est normal et il ne semble pas qu'il y ait d'infiltrations importantes.

Dans l'oesophage on retrouve l'aspect habituel avec de petites zones blanches et de petits vaisseaux qui ne sont probablement pas pathologiques.

CONCLUSION :

Confirmation d'un rétrécissement de la partie moyenne de l'estomac. Pas de lésion muqueuse gastroscopiquement décelable. Dans la partie haute, gastrite d'aspect atrophique. Le cardia ne semble pas envahi par le processus de linite.

La gastrobiopsie faite dans la région sous cardiale (par aspiration - section) montre (Professeur LAUMONIER) une muqueuse atteinte de métaplasie intestinale.

Intervention chirurgicale (6.10.53 Dr. LOYGUES)
On commence par une laparotomie transversale sus-ombilicale pour pouvoir continuer par thoracotomie gauche. Aucune lésion apparente de la paroi gastrique. A l'ouverture de l'estomac on trouve seulement un petit piqueté hémorragique à la partie moyenne de la petite courbure verticale. Fermeture de la gastrostomie.

Le petit épiploon est gros, dur, infiltré.

Le malade est revu alors le 20/10/53 puis le 4/12/53.

Il a repris 5 kgs, l'alimentation est plus facile, les vomissements ont cessé. Il se plaint de douleurs à la base de l'hémithorax gauche, s'exagérant lors de l'inspiration profonde.

De nouvelles radiographies (17/10/53 et 8/12/53) montrent la persistance d'une infiltration de la moitié inférieure de l'estomac avec aspect en sablier de l'antrum,

Dans cette observation que nous résumons brièvement plusieurs points méritent d'être soulignés : un homme de 65 ans présente des douleurs post-prandiales calmées seulement par décubitus, les radiographies montrent l'existence d'un rétrécissement d'allure néoplasique du corps et de l'antrum gastrique et la pneumoradiologie avec bromure de méthylène (C. DEBRAY) permet de mettre en évidence une hernie hiatale par glissement. La gastroscopie confirme le rétrécissement mais montre une muqueuse intacte. L'intervention ne montre pas la lésion des parois de l'estomac mais un petit épiploon gros, dur et infiltré. Trois mois après, le rétrécissement radiologique pseudo linitique persiste.



Obs n°1 - M^r V... 9-8-53 La radiographie
après Bromure de Méthanthéline permet de
mettre en évidence une hernie hiatale par
glissement



Obs. n°1 - M^r V... 8.12.53. Il existe un
rétrécissement inextensible de l'extrémité
inférieure de l'estomac.

OBS. N° 2 - Mr. C. FRANCOIS - 69 ans

Le malade consulte le 10.II.50 pour des douleurs épigastriques ayant débuté il y a quatre mois. Ces douleurs, à type de torsion, sont quotidiennes ; elles surviennent deux heures après le repas du soir en position couchée et jamais dans la journée. Leur siège est épigastrique, sans irradiation. Elles sont calmées par les poudres alcalines mais pas par l'alimentation. Elles n'apparaissent pas si le malade ne s'alimente pas le soir. Pas de nausée ni de vomissement. L'état général est bien conservé : pas d'anorexie, pas d'amaigrissement. Jamais auparavant, le malade n'avait présenté de troubles digestifs en dehors de quelques brûlures survenant très irrégulièrement depuis un an.

L'examen est négatif : la palpation de l'abdomen est indolore. Il n'y a pas de masse perceptible. Le foie et la rate sont normaux.

La radiographie (13/II/50) montre un estomac petit. Tous les clichés donnent une impression de rigidité générale de l'organe. C'est au niveau de la partie inférieure du corps et surtout au niveau de l'antrum que la rigidité est la plus nette. La grande courbure antrale est festonnée en regard de l'angle qui est très ouvert et enraidie. En position couchée, il existe un reflux oesophagien net et l'aspect conique de la jonction cardio-oesophagienne évoque au minimum une malformation cardio-tubérositaire et probablement une hernie de l'hiatus.

L'intervention est décidée avec le diagnostic clinique de lénite plastique.

Compte rendu opératoire (1/I2/50 - Dr. LOYGUES)
On envisage une gastrectomie totale. Pour cette raison on commence par une laparotomie sus-ombilicale transversale remontant à gauche vers la huitième côte. On tombe sur une masse épiploïque extrêmement épaisse, compacte. L'estomac est petit mais absolument sain : on le palpe facilement du pylore jusqu'au cardia.

Force est donc d'admettre que l'image radiologique était le fait de la compression de l'estomac par cette énorme masse épiploïque. Résection de l'épiploon (825 grs).

Fermeture de la paroi en trois plans au nylon.

Compte rendu histologique : examen macroscopique : grosse masse lardacée. Examen microscopique : le fragment d'épiploon est normal dans sa plus grande partie, on y observe seulement, sur un de ses bords détaché du fragment,

un minuscule petit ilot de cellules inflammatoires mais sans le moindre élément d'aspect néoplasique.

Le malade est revu le 9 janvier 1951, soit un mois et demi après l'intervention. Son état général est excellent, il a grossi de trois à quatre kilos. Toutefois, il se plaint de la réapparition de ces douleurs en position allongée deux heures après le coucher et quelle que soit l'heure de celui-ci : il a fait l'expérience de se coucher un après-midi afin de constater si la position allongée provoquait à elle seule les douleurs. Au bout de deux heures la douleur est survenue alors qu'habituellement jamais il ne se plaignait dans la journée. La douleur est toujours à type de crampe, peut être moins intense qu'avant l'intervention, elle cède bien à la prise de poudre alcaline.

De nouveaux clichés (9/I/51) montrent un estomac en situation haute avec grosse tubérosité paraissant hernié en position couchée. La partie basse de l'estomac semble sténosée, mais une des radios montre la conservation parfaite des plis. Le bulbe semble ici mieux imprégné que sur les radios antérieures. A la vue de ces radios, il semble que l'estomac est comme libéré et qu'il reprend une forme normale.

Pendant un an, le malade est perdu de vue. Le 12 décembre 1951, la hernie diaphragmatique de la grosse tubérosité est définitivement diagnostiquée.

En février 1952, le malade souffre toujours chaque jour, toujours le soir, en position couchée deux heures après le dîner et même quand celui-ci est très léger jamais dans la journée, même après un repas copieux. Les douleurs à type de brûlures épigastriques cette fois, sont toujours calmées et très vite par la prise de poudres alcalines. En dehors des douleurs le malade est dans un excellent état général et n'accuse aucun trouble du transit.

En résumé, Un homme de 69 ans jusque là en parfaite santé se plaint de brûlures, puis de douleurs épigastriques à type de torsion survenant uniquement en position allongée et calmées par les alcalins. La radiographie montre un rétrécissement d'allure linitique de la partie inférieure de l'estomac et une hernie hiatale avec reflux-gastro-oesophagien. A l'intervention l'estomac est absolument sain, mais il existe une grosse masse épiploïque que l'on résèque (825 grs). A l'examen histologique le grand épiploon est normal, seuls existent quelques discrets infiltrats inflammatoires. Après l'intervention l'aspect radiologique de l'estomac devient subnormal, mais le malade continue à se plaindre de brûlures en rapport avec sa hernie hiatale.



Obs. N° 2. M^r C... 13.10.50. Les radiographies
après Bromure de Méthanthéline montrent une
hernie hiatale par glissement.



Obs n°2 . M'C... 9.1.51 Il existe sur ces clichés
un rétrécissement tunnellair, inextensible, des
2/3 inférieurs de l'estomac

CBS. N° 3 - Mr E. ANDRE - 37 ans

Vient consulter en avril 1951 pour des douleurs intenses siégeant dans la région épigastrique et survenant cinq à six heures après le repas de midi, parfois dans la matinée à 11 heures, mais jamais dans la nuit. Ces douleurs évoluent par période durant quelques jours sans manque, pour cesser brusquement. Le début des troubles remonte à 1946 et depuis, les périodes douloureuses au début espacées, deviennent de plus en plus fréquentes séparées par des rémissions de quelques jours seulement. Les douleurs, à type de brûlures, sont calmées par l'alimentation mais non par les poudres ; elles ne s'accompagnent ni de nausée ni de vomissement. On retrouve des antécédents éthyliques.

Sur l'examen radiologique que le malade nous montre daté du mois de janvier 1951, il existe une volumineuse niche de la petite courbure sus-angulaire. Un traitement entrepris : staprolysat, dibromure d'atropine ne donne aucune amélioration.

GastroscoPie (Avril 1951 Professeur Agrégé Ch. DEBRAY) Estomac Hypertonique un peu sensible, légèrement intolérant à l'air. Dans la région sus-angulaire, il n'existe aucune ulcération, car la muqueuse est lisse, souple, normale. Il y a un gros pli venant de la face antérieure qui aboutit à la petite courbure (image polypoïde radiologique). L'antrum et le pylore n'ont pu être vus, la partie haute de la petite courbure saigne au contact du tube.

Au total : discordance entre les signes radiologiques et les images gastrosopiques pouvant s'expliquer soit par soufflure ou attraction de la paroi, soit par cicatrice d'un énorme ulcère de la petite courbure avec attraction.

On propose alors le traitement suivant : vitamine C par voie veineuse, 1 gr. par jour pendant 10 jours et poudres alcalines. Mais il n'entraîne aucune amélioration : les brûlures surviennent toujours 5 heures après les repas, accompagnées de vertige et d'une sensation de pesanteur épigastrique.

Un nouvel examen radiologique est alors demandé le 9 mai 1951 : l'examen est pratiqué après injection de bromure de tétra-éthyl ammonium (B.T.E.A.). Il n'a pas été possible de retrouver avec netteté la lésion ulcéreuse gastrique ou duodénale qui aurait été mise en évidence par l'examen radiologique précédent. Il existe sur tous les clichés, des irrégularités de la petite courbure sus-angulaire, s'étendant assez haut jusqu'à la partie moyenne de la petite courbure, et

de la petite courbure de l'antra jusqu'au pylore. Pylore et bulbe sont attirés vers la gauche. Ces importantes irrégularités, séparées par de profondes incisures, échappant à toute description. Il n'existe en tous cas pas d'image diverticulaire nette en faveur d'un ulcère.

On revoit le malade le 31 mai 1951. Son état n'est pas amélioré et les troubles persistent identiques, malgré le traitement.

Sur de nouveaux clichés (31 mai 1951) on retrouve les mêmes déformations de la petite courbure sus-angulaire et pré-pylorique. Le remaniement pyloro-bulbaire est encore plus net : le pylore est excentré, le bulbe très déformé et attiré vers la gauche.

Le 24 juin 1951 persistent radiologiquement les énormes déformations angulaires et sus-angulaires, bizarres, avec une niche de la petite courbure verticale, une lacune polypoïde de l'angle et une niche profonde sous-angulaire. L'aspect ressemble à celui d'il y a un an. Toutefois toute la région reste souple et l'on pense malgré tout, à un gros ulcère sus-angulaire avec rétraction de la petite courbure, l'hypothèse d'un cancer paraissant à éliminer en raison de la souplesse de la paroi.

Six mois plus tard (6.12.51) les douleurs persistent mais atténuées, durant quatre jours par semaine, elles surviennent quatre à cinq heures après les repas accompagnées d'alternatives de diarrhées et de constipation, sans nausée ni vomissement. Le poids est stationnaire (1m.65, 62 kgs)

On continue le traitement médical et l'on se décide à faire opérer si le traitement se montre toujours aussi peu efficace. Le malade est opéré le 7 juillet 1952 (Dr. AUDOUIN). Médiante. Toute la région sous-hépatique est symphysée le pylore, le duodénum, le pancréas et la vésicule sont noyés au milieu de nombreuses adhérences, le foie est basculé vers le droite et déborde jusque dans la fosse iliaque et le ligament rond est implanté à ce niveau. La libération du foie effectuée, on note sur la petite courbure, à l'union de la portion horizontale et de la portion verticale, un épaississement de la paroi. Au niveau du pylore, on remarque un épaississement vers le bord supérieur et on a l'impression qu'il existe sur le versant duodénal un ulcère cicatrisé qui épaissit la paroi. La totalité de l'arrière cavité des épiploons est symphysée et le seul espace libre se trouve derrière la grosse tubérosité et la partie gauche de l'estomac.

Mais devant l'histoire de la maladie, nous décidons de pratiquer une gastrectomie selon la technique habi-

tuelle. La première partie de l'intervention se passe sans difficulté particulière, mais, l'anastomose gastro-jéjunale ne pourra se faire trans-mésocolique car le transverse est plaqué contre la paroi postérieure et ne peut être suffisamment décollé pour laisser facilement le passage à une anse jéjunale. On se bornera donc à faire une anastomose précolique en faisant passer l'anse jéjunale à travers une brèche du grand épiploon qui est lui-même suturé au pourtour de la bouche gastrique.

Ceci terminé, on s'aperçoit que la vésicule est entièrement déperitonisée, horizontale, sinueuse et on décide de pratiquer une cholecystectomie plutôt qu'une cholecystostomie. Signalons qu'un canal hépatique accessoire part du cystique pour se diriger vers le hile.

Drainage de la région par deux drains numéro 40, sortant par contre incision latérale.

Fermeture de la paroi selon la technique habituelle au catgut et crin en réservant une partie de la médiane pour refaire le nombril.

N.B. -- Il existe un appendice long, oedematié, blanc, plongeant dans le Douglas et des adhérences iléo mésentériques limitées à la portion terminale du grêle. Il faut signaler par ailleurs la présence d'un diverticule de Meckel.

Compte rendu histologique de la pièce opératoire

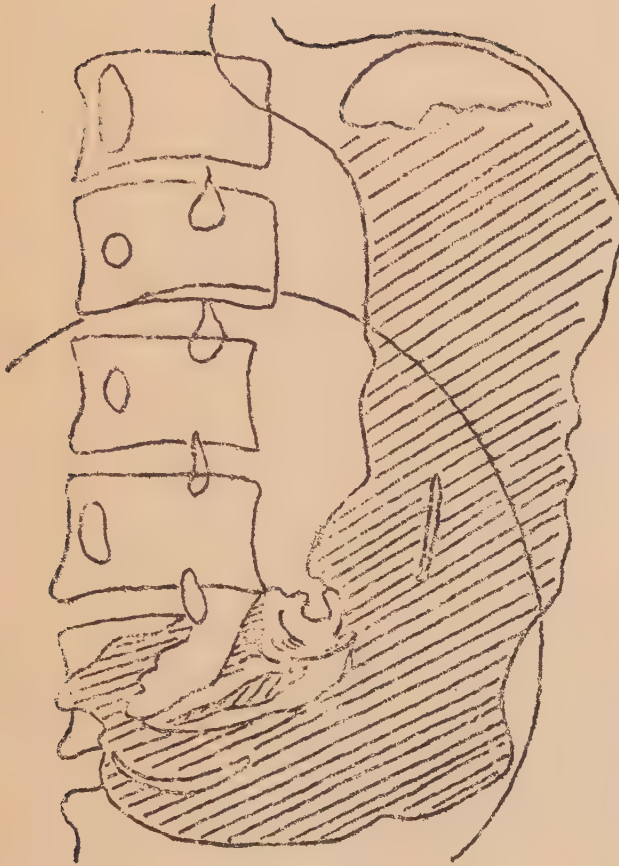
Il n'y a pas d'ulcère sur les deux fragments de paroi gastrique prélevés, le plus petit est tapissé par une muqueuse atrophique légèrement dépolie mais continue avec quelques aspects de métaplasie intestinale. Sur le plus grand fragment au contraire la muqueuse est polypeuse, vallonnée, mais conserve une architecture normale. Ce sont les aspects habituels de la gastrite chronique mamelonnée.

La vésicule est emplie de bile très épaisse ; sa muqueuse est à la fois papillaire et atrophique, très pauvre en glandes. Il n'y a pas de lésion suppurative de la partie profonde de la paroi ; ce sont des aspects de cholécystite chronique atrophique.

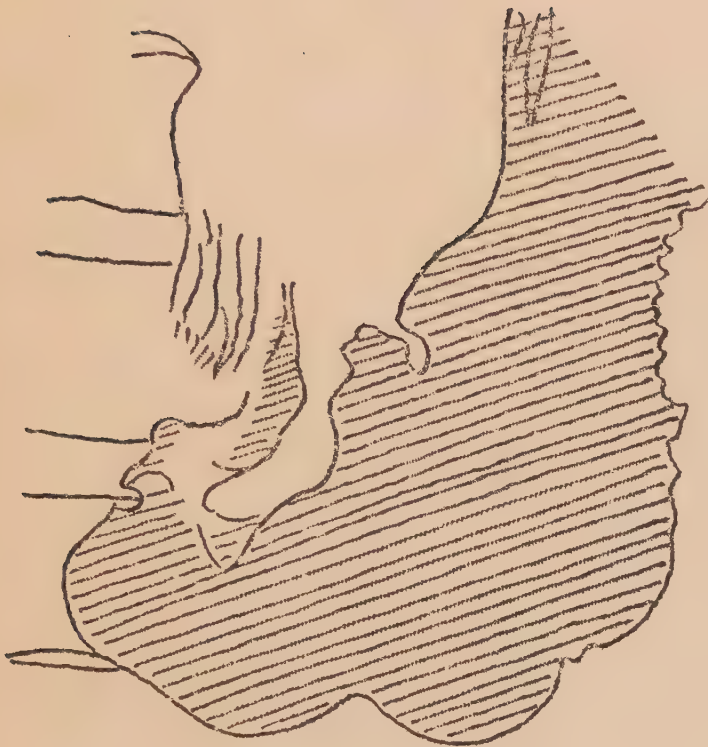
En résumé, un homme jeune de 37 ans présente depuis 5 ans des douleurs tardives à type de brûlures, évoluant par périodes.

Le traitement médical est inefficace et les périodes deviennent de plus en plus fréquentes et prolongées. Les différentes radiographies montrent d'importantes irrégularités de la petite courbure sus-angulaire et antrale avec

attraction pyloro-bulbaire vers la gauche. La gastroscopie montre l'absence d'ulcère gastrique mais on se décide pourtant à faire opérer le malade parce qu'il continue à souffrir et que les anomalies radiologiques persistent. A l'intervention il existe de nombreuses adhérences entre le foie et l'estomac, le petit épiploon et l'arrière cavité sont symphysés. Il s'agit, en somme, d'une périgastrite intense atteignant le petit épiploon et l'arrière cavité. L'examen macroscopique et microscopique de la pièce opératoire montre l'absence d'ulcère.



Obs. N°3 M^r F... 9.5.51 Image de niche plate
sus-angulaire avec compression après B.T.E.A.



Obs. N°3 - M^r F... 31.5.51 Image sus-angulaire
et de la petite courbure de l'antré, bizarre, et
échappant à toute description. Attraction vers
la gauche du pylore et du bulbe duodénal.



Obs. N° 3. M^r F... 31.5-51 Importantes irrégularités
de la petite courbure sus-angulaire avec attraction
pylorobulbaire vers la gauche.

OBS. N° 4 - Mr. F. AUGUSTE - 57 ans

Le malade consulte en juillet 1952 pour des douleurs rythmées au cours de la journée. Ces douleurs siègent à l'épigastre, elles sont à type de crampes ou de brûlures, surviennent trois heures après les repas, sont calmées par l'alimentation et par le bismuth ainsi que par le repos allongé.

Des radiographies faites le 29/7/52 et le 5/12/52 ne montrent pas d'ulcère avec évidence. On évoque le diagnostic d'ulcus bulbaire parce que le bulbe est mal injecté. Le traitement médical : vitamine C intraveineuse, belladone poudres, amènent une amélioration.

En Avril 1953, reprise des douleurs post-prandiales tardives. De nouveaux clichés après injection intramusculaire de 25 mg de Bromure de Méthanthéline montrent, cette fois, une image de niche au niveau du pylore, image constante sur tous les clichés.

En juin 1953, grâce au traitement médical (sulfate d'atropine et vitamine C en injection intraveineuse) le malade souffre moins. Des radiographies (après banthine) ne montrent plus l'image ulcéreuse du pylore. Sur la grande courbure antrale, on note une encoche avec poussée vers la droite de la grande courbure pré-pylorique. On conclut à ce moment à la cicatrisation de l'ulcère pylorique.

Mais le malade recommence à souffrir. Revu en Juillet 1953, malgré onze injections I.V. d'atropine et de vitamine C, malgré les gels d'alumine, les poudres inertes, les antihistaminiques, la probanthine, il souffre de plus en plus, il a maigri de 5 kgs. 500 en quelques semaines et l'on se décide à intervenir après une crise hyperalgique avec défense de la paroi évoquant la possibilité d'une fissuration de l'ulcus.

Protocole opératoire (Dr. HEPP). Médiante sus-ombilicale. L'ulcère ne siège pas sur le bulbe mais dans l'angle de la petite courbure avec rétraction pylorique par l'intermédiaire non de la petite courbure mais du petit épiploon.

Gastrectomie sub-totale, Finsterer transmesocolique bord à bord, trois plans avec suspension de l'anse afférente. Paroi en trois plans.

Compte rendu histologique (Dr. RUBENS-DUVAL). Large ulcération à fond fibrino-cruorique de toute la muqueuse avec pénétration du cratère jusqu'au niveau de la deuxième couche musculaire qu'elle dépasse en un point où une grosse

artère est en partie ulcérée. Tous les plans sous jacents à cette ulcération sont remaniés par une fibrose mutilante. Il s'agit de modifications sans cesse sujettes à remaniement. A ces aspects de fibrose s'associent les remaniements de petits bourgeons charnus de la région immédiatement sous jacente à l'ulcération. La région fundique est oedémateuse tant au niveau de la muqueuse qu'au niveau de tous les plans sous jacents avec prédominance au niveau de la sous séreuse et de la sous muqueuse. Le ganglion est de type inflammatoire chronique, banal.

CONCLUSION : ulcère évolutif banal à poussées itératives.

En résumé, un homme de 57 ans, présente un syndrome ulcéreux typique. Les radiographies après injection de bromure de méthanthéline permettent de faire "sortir" une image d'ulcère pylorique. Les crises deviennent rapidement rebelles à tout traitement et l'on se décide à intervenir. L'intervention montre que l'ulcère siège en réalité au niveau de l'angle et qu'il s'accompagne d'une rétraction du petit épiploon responsable très probablement du pseudo-ulcère pylorique. L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un ulcère calleux bénin.;



Obs. N°4 M^r F.A. 8.4.53. Le bromure de méthanthéline permet de faire "sortir" une image de pseudo-niche du canal pylorique.

OBS. N° 5 - de MONDOR, PORCHER, BLOCH (Arch. Mal. app. dig. 28
1938. I74-I79)

C'est un homme de 56 ans, court, trapu, d'une excellente santé habituelle, sans autre passé qu'un éthyliisme professionnel, mais qui depuis deux mois maigrit à une cadence inquiétante, est dégoûté de la viande et a mauvaise haleine.

Il nous est adressé par un de nos collègues qui sent une tumeur profonde, dure, peu mobile, répondant en projection à l'estomac. Aussi, est-ce avec un pessimisme très assuré que nous examinons ce malade quelques mois après le début de l'amaigrissement.

L'exploration est compliquée par l'opacité du sujet, l'obliquité du corps de l'estomac, banale et attendue chez les brevillignes.

Voici les résultats de notre investigation : "les passages apparaissent immédiatement après la prise des premières bouchées, mais il ne s'agit pas d'une insuffisance pylorique à type linite, en effet, le péristaltisme entre vigoureusement en jeu aussitôt après que les parois sont distendues. En station verticale et en scolie on ne note aucune déformation suspecte. Le tronçonnement de la région vestibulaire au cours des contractions particulièrement vigoureuses peut être même considéré comme un témoignage de souplesse incontestable. Si l'on s'en tient donc aux renseignements fournis par la radioscopie et même par la lecture des images dans cette attitude, on est tenté de ne retenir que la vigueur des contractions, mais les radiographies prises en décubitus abdominal, montrent dans la région antrale, immédiatement en amont du canal pylorique, une zone où la tonalité de l'ombre paraît modifiée, cette modification ne pouvant être provoquée ni par la compression de la selle vertébrale, ni par la torsion sur l'axe cardio-pylorique que produit parfois le procubitus chez les brevillignes. En analysant de plus près le caractère de cette image, on y découvre la formation de trois ou quatre petites lacunes rondes, assez régulières, dont la plus volumineuse n'excède pas le volume d'une noisette. Toutes tentatives de compression dosée, pour apprécier l'intégrité de la muqueuse gastrique d'une face, au-dessus de la zone qui apparaît suspecte à première vue, sont rendues stériles par la situation thoracique de l'estomac qui interdit toute compression instrumentale. Néanmoins, il est sage de penser que sur la face postérieure en particulier (la spire de retournement de l'estomac par le procubitus semblant s'être faite en avant), il existe des éléments néoformés qui échappent à notre investigation.

Il est intéressant de rappeler que l'existence de cette lacune la plus suspecte est cependant compatible avec

une souplesse parfaitement conservée en station verticale.

En résumé, tout petit estomac à évacuation accélérée, sans incontinence pylorique, présentant dans la région vestibulaire des images lacunaires dont il est difficile de préciser le développement vers les faces et qui reste compatible avec une intégrité relative de la musculieuse.

Malgré ces restrictions, notre opinion est formelle : il s'agit sans nulle doute d'un néoplasme gastrique. Or voici le protocole opératoire que nous remet J. Ch. BLOCH à qui le malade est confié :

Intervention le 16 octobre 1937 :

Laparotomie médiane. L'estomac est indemne de toute lésion. En revanche, on découvre un épiploon énorme, presque monstrueux, atteint d'épiploïte chronique, adhérent à la paroi à ses deux extrémités droites et gauches et remonté vers le haut sous la forme d'une énorme masse tassée sur la région pylorique. Décollement colo-épiploïque et résection totale de l'épiploon. Parois crins, suites normales. Sorti le 8ème jour, revenu le 3/12/37, en excellent état, ne présente aucun trouble, a engraisé de 2 kgs en 15 jours.

"Cette observation se passe de commentaire"
(PROCHER).

Une sixième observation due à l'obligeance de MM. CATTAN R., CARASSO R. et FRUMUSAN P. (Séance de la Société Nationale Française de Gastro-Entérologie du 25/4/55) nous montre un homme de 46 ans qui entre à l'hôpital le 7/7/54 pour troubles digestifs faits de pituites matinales durant depuis deux ou trois ans, de douleurs au niveau du creux épigastrique, douleurs assez vagues se produisant le plus souvent une heure après les repas, semblant irradier dans la fosse iliaque droite, par périodes assez courtes, espacées de temps libres de deux à trois jours. En outre, le malade signale une modification de ses selles qui sont devenues moins dures, moins moulées. L'appétit est conservé, l'état général satisfaisant chez un homme qui avoue boire deux litres de vin par jour.

Un examen radiologique fait le 12/7/54 montre une lacune, visible sur tous les clichés de la grande courbure verticale à sa partie moyenne, lacune irrégulière qui a 4 cm. de haut. Sur les clichés en réplétion, la partie supérieure

de cette lacune est profonde, arrondie, tandis que la partie inférieure est plate, en retrait sur 3 mm par rapport au bord idéal de l'estomac. Entre ces deux zones, petite saillie pouvant faire penser à une niche encastrée. Sur les clichés avec compression l'aspect est celui d'une niche peu profonde encastrée dans une lacune de 5 cm de haut assez régulière. Il faut noter que dans l'ensemble les images ne sont pas superposables quoique toutes anormales.

Une parietographie est effectuée le 16/7/54, elle ne permet pas de retrouver les images précédentes.

Le malade est opéré le 2/8/54 (Dr. PINEAU) Médiane sus-ombilicale chez un obèse. Il n'existe aucune lésion gastrique palpable. Tout est souple, aucune adhérence, aucun ganglion.

L'empreinte de la grande courbure est probablement due à un paquet épiploïque. Pour plus de sûreté on fait une gastrostomie haute: rien.

Nouvel examen radiologique le 13/10/54. L'estomac se distendant mal, prenant un aspect tunnellaire, on retrouve sur la grande courbure verticale quelques irrégularités n'ayant pas les aspects pré-opératoires.

En résumé : malade présentant des troubles dyspeptiques banaux, chez qui la radio révèle une lacune de la grande courbure, visible sur tous les clichés ; mais, à l'intervention, l'estomac souple, sans adhérence, où l'image radiologique semble être due à un paquet épiploïque. Les radios post-opératoires sont suspectes mais non superposables aux radios pré-opératoires. Les signes fonctionnels, les radios font penser à un cancer, toutefois, les images révélées par la baryte ne sont pas semblables sur tous les clichés. La palpation de l'estomac pré-opératoire et la gastrostomie ne révèle rien.

Peut-on, à l'aide de ces quelques observations, tenter de décrire un tableau clinique, radiologique et anatomique des épiploïtes donnant de fausses images de cancer ou d'ulcère de l'estomac.

SYMPTOMES CLINIQUES

Le siège des douleurs est épigastrique, dans toutes les observations. Leur type est variable : brûlures, crampes, torsion ou simple pesanteur. Leur horaire varie, elles sont tantôt post-prandiales précoces (Obs. 1) tantôt semi-tardives (obs. 2) ou tardives (Obs. 4) ou sans horaire fixe. Elles sont calmées par les poudres alcalines (Obs. 2-4) ou par l'alimentation (Obs. 3-4). Dans un cas, c'est la position allongée qui soulage (Obs. 1), dans un autre, au contraire, les douleurs ne surviennent qu'en position couchée (Obs. 2). Le caractère commun de ces douleurs est d'être rebelle au traitement et notamment au traitement antiulcéreux (Obs. 1-2-3). Il existe parfois, mais très inconstamment des nausées et des vomissements (obs. 1) ou des pituites (obs. 6)

L'état général est habituellement bien conservé, on note cependant un amaigrissement important dans une observation (obs. 5) atteignant 31 kgs en 7 mois.

L'examen physique est négatif dans toutes les observations, sauf une (obs. 5) où l'on sentait une tumeur épigastrique, profonde, dure et peu mobile.

Les symptômes cliniques des épiploïtes donnant de fausses images gastriques sont donc très variables. Seuls sont constants le siège, épigastrique, des douleurs et leur résistance au traitement médical. La conservation de l'état général sans être constante est très fréquente ou s'il en existe une elle est relativement faible par rapport à l'intensité des lésions radiologiques. Ceci n'est pas pour étonner car les signes cliniques doivent dépendre autant de la maladie, cause de l'épiploïte que de l'épiploïte elle-même.

SYMPTOMES RADIOLOGIQUES

Les aspects radiologiques faisant penser à un cancer de l'estomac sont les plus fréquents.

a) Le type infiltrant existait dans deux cas sur six. Dans l'observation 1 il s'agissait d'un rétrécissement d'allure néoplasique du corps et de l'antrum gastriques, dans l'observation 2 également d'un rétrécissement d'aspect linitique de la partie inférieure de l'estomac. Il existait, fait sur lequel nous reviendrons, dans ces deux cas, une hernie diaphragmatique associée.

b) Le type lacunaire. Dans un cas (Obs. 5) des lacunes rondes au nombre de trois à quatre au niveau de l'antrum sont cependant compatibles avec une parfaite souplesse des parois.

c) Le type ulcéreux. Il existait une image lacunaire de la grande courbure avec une niche au fond de la lacune dans l'obs. 6.

Les aspects d'ulcère bénin existaient dans deux observations. Dans l'observation 3, il existait une image diverticulaire sus-angulaire, pseudo-ulcéreuse avec d'importantes irrégularités de la petite courbure et une rétraction pyloro-bulbaire vers la gauche. Dans l'observation 4, on notait une image d'ulcère du canal pylorique.

Ainsi, au point de vue radiologique, les épiploïtes peuvent donner les aspects les plus divers : images d'infiltration, lacunaires ou ulcéreuses et, comme on pouvait s'y attendre, la schématisation n'est pas possible.

Symptômes anatomiques

I - L'épiploon

C'est tantôt le petit épiploon qui est en cause (minus omentalite) tantôt le grand épiploon (majus omentalite). D'autres fois il s'agit d'adhérences.

a) Le petit épiploon dans l'observation 1 était gros, dur et infiltré à l'intervention. Dans l'observation 3, petit épiploon et arrière cavité étaient symphysés : dans l'observation 4 il était rétracté.

b) Le grand épiploon dans l'observation 2 formait une grosse

masse que le chirurgien resèque. Dans l'observation 5, il existait également une énorme masse épiploïque qui dut être réséquée. Dans l'observation 6, c'est également d'une inflammation du grand épiploon qu'il s'agissait.

c) des adhérences étaient en cause dans l'observation 3.

Histologiquement, le grand épiploon reséqué a été examiné histologiquement dans un de nos cas (obs. 2 Professeur LAUMONIER). L'examen d'un fragment de cette grosse masse lardacée a montré que l'épiploon était normal dans sa plus grande partie et qu'il n'existait que de minuscules îlots de cellules inflammatoires mais sans le moindre élément d'aspect néoplasique.

II - L'estomac.

Dans toutes les observations sauf une où il existait un ulcère calleux bénin de l'angle (Obs. 4), l'estomac était normal ou presque. Dans une observation (Obs. 3) l'intégrité des parois gastriques a été vérifiée macroscopiquement et histologiquement sur la pièce de gastrectomie. Dans ce cas il existait sur un seul fragment un aspect assez banal de gastrite chronique mamelonnée. Dans deux cas (Obs. 1-6) c'est par gastrostomie que le chirurgien constata l'intégrité de la muqueuse : il n'existait en effet, qu'un léger piqueté hémorragique à la partie moyenne de la petite courbure verticale (obs. 1) et la muqueuse était normale dans l'observation 6. Dans tous les autres cas c'est par la palpation seulement que le chirurgien a conclu à l'intégrité de l'estomac.

III - Peut-on établir un rapport entre le siège des lésions et l'aspect radiologique ?

- L'atteinte du petit épiploon a provoqué dans un cas (obs. 1) un rétrécissement d'allure néoplasique de la partie inférieure de l'estomac, dans un autre (obs. 3) des images bizarres pseudo-ulcéreuses de la partie sus-angulaire de la petite courbure dans l'observation 4 la rétraction du petit épiploon était à l'origine d'une image de niche, pseudo-ulcéreuse, du canal pylorique.

- L'atteinte du grand épiploon dans l'observation 2 provoquait un rétrécissement d'allure linitique de la partie inférieure de l'estomac, dans l'observation 6 une lacune de la grande courbure avec ulcération centrale.

Nous avons vu la discordance existant entre l'importance des lésions radiologiques, et les lésions trouvées à l'intervention au point de vue siège, étendue et importance.

LE DIAGNOSTIC POSITIF

Peut-on arriver avant l'intervention chirurgicale au diagnostic de compression extrinsèque de l'estomac par épiploïte ? On peut s'appuyer sur les signes cliniques et radiologiques ainsi que sur la gastroscopie et la laparoscopie.

- a) Les signes cliniques ne sont d'aucun secours. Il s'agit de douleurs de siège épigastrique dont les caractères varient avec chaque observation. Quant au traitement (traitement anti-ulcéreux d'épreuve) bien loin de faire fondre la périgastrite inflammatoire, comme dans certains ulcères il reste habituellement inefficace. Conservation de l'état général (sauf dans un cas) alors que l'on s'attendrait, en présence de lésions radiologiques aussi étendues, à une altération bien plus marquée.
- b) les signes radiologiques ont une bien plus grande valeur et devraient, assez souvent, grâce au progrès de la technique radiologique actuelle nous permettre de distinguer les aspects dus à une atteinte des parois de l'estomac de ceux dus à une compression extrinsèque. Quand les radiographies prises sous différentes incidences, l'étude soigneuse des plis, la compression dosée montrent l'inconstance et la variabilité des images, la conservation parfaite des plis au niveau de la lésion supposée et l'absence de rigidité de la paroi, le diagnostic est assez facile. Mais, bien souvent, on devra recourir à l'emploi de substances pharmacodynamiques modificatrices du comportement de l'estomac : morphine, péristaltogène (PORCHER), bromure de tétraéthylammonium remplacé maintenant par le bromure de méthanthéline, paralysant de la musculature gastrique (Ch. DEBRAY).

Dans trois de nos observations l'utilisation du bromure de tétraéthyl ammonium ou du bromure de méthanthéline a modifié les images radiologiques des clichés standards dans l'observation I une partie de l'estomac qui paraissait infiltrée, inextensible, sur les clichés simples, reprenait sa souplesse après injection de bromure de méthanthéline et le rétrécissement paraissait moins étendu. Dans l'observation 3; après une injection de bromure de tétraéthyl ammonium l'image pseudo-ulcéreuse de niche sus-angulaire faisait place à des aspects bizarres et beaucoup moins caractéristiques d'une partie étendue de la petite cour-

bure sus angulaire. Dans l'observation 4 le bromure de méthanthéline a fait "sortir" une image de niche pylorique non retrouvée d'ailleurs sur les séries suivantes.

En outre, le bromure de méthanthéline a permis dans l'observation 1 de mettre en évidence une hernie hiatale par glissement alors que la radiographie simple ne montrait qu'un simple reflux gastro-oesophagien.

On peut encore s'aider d'autres artifices pour préciser le diagnostic. L'insufflation gastrique et le pneumo-péritoine (PROCHER P. - NGUYEN DEN DAI - DENIS J.P. - Arch. Mal. app. dig. 40 - 1951 - 541-547) la tomographie, ont été utiles dans l'observation 6 où l'image lacunaire de la grande courbure du cliché standard disparaissait sur les clichés de pariétographie. La radiologie permet par conséquent assez souvent de soupçonner qu'il s'agit d'une compression extrinsèque de l'estomac. Il faut, cependant, reconnaître que si le diagnostic de compression par les organes intra-abdominaux : foie, rate, pancréas, colon est relativement aisé en raison de l'aspect assez caractéristique des images radiologiques, celui de compression ou de rétraction par épiploïte est infiniment plus difficile car les aspects radiologiques sont beaucoup plus troublants. Ceci explique que l'intervention chirurgicale est presque toujours décidée et qu'elle seule permet d'affirmer avec certitude le diagnostic d'épiploïte.

- c) La gastroscopie et la laparoscopie peuvent être utiles. La gastroscopie dans l'observation 1, a confirmé l'existence du rétrécissement, de l'estomac mais a montré l'absence de lésions de la muqueuse. Dans l'observation 3, elle a montré l'absence d'ulcère gastrique alors que la radiologie était en faveur d'un ulcère de la petite courbure sus angulaire. Dans l'observation 6 elle a montré une muqueuse normale avec hypersécrétion de la grande courbure.

La laparoscopie pourrait être utile en montrant l'infiltration et la tuméfaction du grand épiploon mais elle n'éliminerait en rien le diagnostic d'une lésion gastrique.

En résumé, on voit que ni les signes cliniques ni les signes radiologiques ou gastroscopiques ne sont suffisants pour affirmer le diagnostic d'épiploïte et qui est essentiellement un diagnostic d'intervention.

ETIOLOGIE

On peut distinguer les épiploïtes secondaires inflammatoires ou post-traumatiques et des épiploïtes primitives.

- I) Les épiploïtes inflammatoires sont de beaucoup les plus importantes, elles sont le plus souvent secondaires à des lésions des organes intra-abdominaux. Les ulcères, les cancers de l'estomac et les gastrites sont avec les inflammations hépato-biliaires (cholocystites) et l'appendicite, les lésions de l'étage sus-mesocolique parmi les causes les plus fréquentes d'épiploïte.

Dans de nombreuses observations de périgastrites ou d'épiploïte secondaire à un ulcère de l'estomac, il existe des images radiologiques de rétrécissement ou des images lacunaires pseudo-néoplasiques. Les ulcères perforés bouchés s'accompagnent parfois de périgastrite donnant des aspects lacunaires pseudo-cancéreux. Les déformations pseudo-néoplasiques de l'antrum par épiploïte secondaire à un ulcère de la petite courbure ou du bulbe duodénal ne sont pas exceptionnelles (ALBOT, GUTMANN).

On peut rapprocher de ces cas notre observation 4 où la rétraction de la petite courbure secondaire à un ulcère de l'angle, d'ailleurs invisible radiographiquement était la cause d'une image de niche pré-pylorique.

- 2) Mais les cas où l'épiploïte est primitive et où le chirurgien ne trouve aucune cause évidente sont beaucoup plus rares. On trouve quelquefois des lésions associées : dans deux de nos cas nous avons trouvé une hernie hiatale. Nous verrons dans le chapitre pathogénie ce qu'il faut en penser.

PATHOGENIE DES EPIPLOITES PRIMITIVES

- I - 1) Lésion de l'estomac méconnue opératoirement. Ce peut être un petit ulcère qui peut ne pas être palpable et qui aurait pu donner des réactions très importantes. Cette explication peut être valable dans les cas où il n'y a pas eu de gastrostomie ou de gastroscopie mais non dans les autres cas.
- 2) La gastrite. On sait que certaines gastrites débordent très largement la muqueuse et la sous muqueuse et gagnent les plans musculaires et la sous-séreuse. Habituellement ces périgastriques sont aiguës réalisant un véritable phlegmon gastrique mais quelquefois elles peuvent être sub aiguës ou chroniques et l'inflammation peut se propager jusqu'aux épiploons. Cette explication est peu valable dans nos cas, car les chirurgiens ont toujours été frappés par l'intégrité de la paroi gastrite au palper.
- 3) Quant au néo et à la tuberculose elles sont peu vraisemblables, l'un en raison de sa rareté (tuberculose,) l'autre en raison des aspects macroscopiques qu'elle donne.

II - 1) Irritation mécanique de l'épiploon

Dans deux de nos observations (1 et 2) on a été frappé par l'existence d'une hernie hiatale importante par glissement et on peut se demander si la remontée de l'estomac dans le thorax qui tire une partie de l'épiploon à chacun de ses mouvements de piston ne peut déterminer une irritation chronique du petit épiploon et peut être également du grand épiploon car celui ci est, on le sait, un organe mobile qui dans certaines conditions peut être plus facilement attiré par le vide pleural. On pourrait rapprocher ces faits de ces lipomes herniaires parfois très volumineux rencontrés dans les hernies inguinales.

Il est possible d'ailleurs que le mécanisme intime de ces lésions d'hypertrophie pseudo-tumorales de l'épiploon ressortisse à des lésions vasculaires que nous allons voir plus loin.

2) Maladie de l'épiploon -

- a) surcharge graisseuse épiploïque simple ; mais il ne s'agissait pas d'obèses et l'infiltration graisseuse épiploïque était localisée.
- b) troubles vasculaires. On sait combien les perturbations vasculaires sont fréquentes dans les organes abdominaux. Les infarctus à minima du colon ou du grêle donnent peu de signes fonctionnels et sont maintenant connus. Le grand épiploon peut présenter des phénomènes de ce genre. Ils peuvent être aigus : c'est l'infarctus du grand épiploon. Cliniquement c'est un tableau "d'abdomen aigu" dont le début est progressif. La douleur se localise dans la partie inférieure et droite de l'abdomen. Elle est permanente invariable, sans irradiation, légèrement calmée par la flexion du tronc en avant. Il y a des nausées mais pas de vomissement. La fièvre est peu élevée avec une légère leucocytose. Il existe une contracture dans plus de la moitié des cas. Le diagnostic posé est celui d'appendicite aiguë. A l'intervention on trouve une partie plus ou moins étendue du grand épiploon infarcté. Cette zone pathologique sera immédiatement réséquée.

Mais à côté de ces accidents aigus, il est probable qu'il existe pour le grand épiploon comme pour les autres organes abdominaux des perturbations vasculaires moins importantes : soit oblitération de quelques uns de ces vaisseaux de l'épiploon, insuffisante pour donner une nécrose, mais suffisante pour donner une diminution du flux sanguin et une anoxie, soit une atteinte plus diffuse des artères de l'épiploon par athérome par exemple, aboutissant au même résultat. Notons en passant que dans nombre de nos cas, il s'agissait de sujets âgés.

Cette insuffisance de l'apport sanguin par l'anoxie qu'elle provoque pourrait déterminer une dégénérescence graisseuse des cellules non encore adipeuses du grand épiploon et peut être une surcharge graisseuse tumorale.

Il s'agit là d'hypothèses qui ont le mérite de faire appel à des lois de pathologie générale et qui pourraient être le point de départ de recherches expérimentales intéressantes.

LE TRAITEMENT

Le traitement médical : inefficace à l'heure actuelle.

Le traitement chirurgicale : si l'épiploïte est secondaire on traitera la cause qui la détermine (ulcère, cancer de l'estomac, gastrite, colite.)

- si l'on ne trouve pas de cause et si l'on est en présence d'une grosse tumeur : résection.

- si l'épiploïte est diffuse : la thérapeutique reste à codifier.

C O N C L U S I O N S

- 1°) Les épiploïtes périgastriques peuvent donner des images radiologiques qui simulent à s'y méprendre le cancer ou l'ulcère.
- 2°) Il existe pourtant certains signes qui pourraient faire penser à une compression extrinsèque. Des images radiologiques (variabilité des images sur une même série, et d'une série à l'autre, ainsi que sous l'action des agents pharmacodynamiques) ; signes gastroscopiques (aspect normal de la muqueuse). Mais pratiquement, en face des anomalies radiologiques le diagnostic n'est pas fait, on craint le cancer ou l'ulcère et l'on intervient chirurgicalement.
- 3°) A côté des épiploïtes secondaires, les plus fréquentes, il existe des épiploïtes cliniquement primitives auxquelles le chirurgien, lorsqu'il intervient, ne trouve aucune cause. La pathogénie de ces épiploïtes primitives n'est pas élucidée, mais on peut soupçonner à leur origine une irritation mécanique ou des troubles vasculaires.
- 4°) Le traitement chirurgical dépend des lésions rencontrées par l'opérateur. En face de lésions épiploïques diffuses mieux vaut ne rien faire, en face de lésions limitées la résection est indiquée.

Vu : Le Président de Thèse
Professeur JUSTIN BESANCON

Vu : Le Doyen de la Faculté
de Médecine de Paris

L. BINET

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris

J. SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

- GUTMANN R.A. Les Syndromes douloureux de la Région épigastrique (Paris Doin Edit. 2 vol. 1951-52)
- GUTMANN R.A. Cancers de l'estomac au début (Paris Doin Edit. 1939)
- GUTMANN R.A. Une fausse niche en plateau et une vraie (Confrontations Rad. Anat. Clin. XI 1947)
- GUTMANN R.A. Les déformations pseudo-néoplasiques de l'antrum dans l'ulcère de la P.C. (Presse Méd. n° 47 1945 p. 636-637)
- HALLER M. Des épiploïtes chroniques en rapport avec l'appendicite et la colite chronique (Thèse Paris 1912 n° 286)
- SEJOURNET M.P. Epiploïte Herniaire étranglée consécutive à une appendicite (Bulletins et Mémoires de la Société des Chirurgiens de Paris Mai 1946 p. 561)
- PETITCLERC J.L. et GAUTHIER C. - Considération sur deux cas d'épiploïte (Laval Médical 12 avril 1947 p. 348-356)
- AIMES A. Epiploïtes chroniques (Concours Médical 73 1951 p. 3.483-3485)
- MOSCA DI RIENZO Diagnostic Radiologique de l'épiplopéricolite (Prensa. Méd. Argentina 36 1949 p. 1307-1311)
- LADENNOIS G. Les péricolites chroniques (36è congrès de Chirurgie Oct. 1927 Paris Association Fse de chir. éd. p. 17.119)
- SILHOL J. Les épiploïtes chroniques (36ème congrès de chirurgie Oct.1927 p. 121-185)
- HILLELAND P. Maladies de l'oesophage, de l'estomac, du duodénum (Paris Flammarion 1950)
- PICOT P. Contribution à l'étude des Epiploïtes post-opératoires (Thèse BORDEAUX 1924 n° 87)

- BERARD A. A propos d'un cas d'épiploïte Herniale suppurée (Thèse Montpellier 1922 n° 96)
- SIBOULET J. Un nouvel agent pharmacoradiologique : LE Bromure de Méthanthéline - Thèse 1954 n° 407
- PORCHER & BOURDON - Pseudo lacunes (Encyclopédie Méd. Chir. Estomac intestin radiodiagnostic T IV)
- MASMONTEIL Fausse image de cancer de l'estomac par péri-gastrite postérieure (Confrontations rad. ant. clin. I. 1946. 5)
- SENEQUE J. LE CANUET R. - Pseudonéoplasme de l'estomac par tumeur inflammatoire (Confrontations rad. anat. clin. 1951 IV p. 17)
- ZEROLO J. Contribution au diagnostic des compressions extrinsèques de l'estomac (Thèse Paris 1951 n° 320)
- MONDOR H. BLOCH C. PORCHER - Deux erreurs d'interprétation d'image lacunaire de l'antré (Arch. mal. app. dig. 28 1938 174-178)
- HUARD-PROCHER Hernie diaphragmatique simulant un cancer gastrique (Arch. mal. app. dig. 1943 32 144-149)
- BLOCH J.C. CAROLI J. JOANISSIAN M. - Sur deux cas de périgastrite oedémateuse simulant le cancer de l'estomac (Arch. mal. app. dig. 1936 26 p. 208)
- MARKOFF M. Uber die klinik und bedeutung des petigastritis deformans (Gastroenterologie 79 1953 P. 65-94)
- GUILLARD H. Contribution à l'étude de la hernie diaphragmatique (Thèse Lyon 1949 n° 222)
- LE BESCOND J.P. De la mesenterite retractile d'origine herniaire (Thèse Paris 1951 n° 370)
- JOYEUX M.R. Sur les épiploïtes généralisées non spécifiques (Montpellier Médical tome 1951 p. 1294)
- QUENU J. Les hernies diaphragmatiques (Thèse Paris 1920 N° 323)
- FONTAINE R. KUNLIN J. - Infarctus intestinal et étranglement herniaire, Etude Expérimentale (Presse Médicale 1936. 50 1015-1017)

- LACOSTE CH. Contribution à l'Etude des Hernies diaphragmatiques (Thèse TOULOUSE 1938,9)
- ALBOT Le signe du ménisque (Arch. Mal. App. Dig. 32, 1943 223-235)
- LEROY M. Des épiploïtes (Thèse Paris 1905 n° 34)
- DEBRAY CH. PERCOLA F. MUFFANG Y. Action de bromure de tétraéthylammonium (B.T.E.A.) sur l'estomac et le sigmoïde (Arch. Mal. App. Dig. 1950. 39,1)
- CHABANIER Le B.T.E.A. en radiologie digestive (Même référence)
- DEBRAY CH. Les dérivés de l'ammonium dans le diagnostic et le traitement des affections digestives (Actualités cliniques Thérapeutiques, Flammarion 1951)
- BREDHAL E. On chronic épiploitis (Acta chir. Scandin. VI 1950 p. 567-582)
- DEBRAY CH. MUFFANG Y. DELATTRE J. VALLEE - Utilisation d'un agent pharmacodynamique (méthanthéline) pour la découverte et l'étude radiologique de l'hiatus oesophagien (Soc. nat. fse de Gastro Entero Séance de Février 1955)
- POURCHER P. NGUYEN DEN DAI -- DENIS J.P. Le pneumo-péritoine et l'insufflation intra gastrique associés dans l'étude des lésions du pôle supérieur de l'estomac (Arch. mal. app. dig. 40 1951.541.54)

